

CA Dr. H. L. Unger
Fax 0221 8289-2709

CA Prof. Dr. R. J. Schulz
Fax 0221 1629-1211

CA Dr. J. G. Hoffmann
Fax 0221 4003-244

Anmeldeformular

Einweisende/s Praxis/KH	<input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient	KK/KV:
Bitte Patientenadrema aufkleben! Mindest-Informationen: 1. Patientenvor- und Zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis	Privat 1-Bett Privat 2-Bett	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Chefarztbehandlung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Telefon-Nr. für Rückfragen	
	gewünschter Verlegungstermin	

Status vor Erkrankung: Selbständig/Wohnung 24-Stundenbetreuung Altenheim/Wohnbetreuung Altenheim/Pflegebereich

Akutmedizinischer Behandlungsbedarf: _____

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose: _____

Weitere relevante/n Diagnose/n: _____

Barthel-Index: _____ Punkte (Bitte als Anlage beifügen)
 OP-Datum: _____ Bei Fraktur voll belastbar Teilbelastbar ab _____ mit _____ kg
 Übungsstabil keine Belastung bis _____
 Erbrechen Ja Nein Hinlauffendenz Ja Nein
 Durchfall Ja Nein Aggressivität Ja Nein
 Infektionen (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE) Ja Nein Bei Ja: Welche? _____

Geriatrische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Immobilität	<input type="checkbox"/> Starke Seh-/Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung
<input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/Delir/Demenz	<input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung	<input type="checkbox"/> Schmerz
<input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden	<input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangstörung	<input type="checkbox"/> Multimedikation (>5)/Medikationsprobleme
<input type="checkbox"/> Depression/Angststörung	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz
<input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörung	<input type="checkbox"/> Hohes Komplikationsrisiko	

Sonstiges: Nasogastr./Sonde PEG DK Cystofix Tracheostoma

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in der Rehaklinik, weil ...

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
- Komplikationen bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Demenz/Depression/wahnhafte Symptomatik/Hinlauffendenz/Wundkomplikationen/ Sehverlust/Hörverlust
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen.

Pflegegrad: Nein I II III IV V eingeleitet
Betreuung: Nein Ja, wer? _____
Heimanmeldung: Nein läuft, ab _____ geplant, ab _____
Anmeldung Kurzzeitpflege: Nein läuft, ab _____ geplant, ab _____
AHB: Nein angemeldet geplant, ab _____
Patientenverfügung: Nein Ja **Versorgungsvollmacht:** Nein Ja

Anmeldung für Datum: _____ Station Demenzstation Tagesklinik

Unterschrift des zuweisenden Arztes: _____ **Telefon-Nr. für Rückfragen:** _____

Interne Bearbeitungsvermerke (bitte nicht ausfüllen)

Patient wird aufgenommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Station:	Uhrzeit
Datum		KürzelCA/OÄ	

Evangelisches Krankenhaus Kalk | Klinik für Akutgeriatrie und Frührehabilitation | CADr. med. H. L. Unger
Kontaktdaten: Buchforststraße 2 | 51103 Köln | Tel. 0221 8289-2700 | Fax 0221 8289-2709

ISAR* Geriatrisches Screening

Dieser Fragebogen sollte durch das Personal gemeinsam mit dem Patienten (Alter 75 Jahre) oder seiner Bezugsperson ausgefüllt werden.
Das Screening gilt als positiv, wenn drei oder mehr Punkte erreicht werden.

Patientenetikett

Bitte jede Frage mit Ja oder Nein beantworten!

Hilfebedarf 1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Akute Veränderung des Hilfebedarfs 2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Hospitalisation 3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Sensorische Einschränkung 4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Kognitive Einschränkung 5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Multimorbidität 6. Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0

SUMME: _____

Datum, Unterschrift Mitarbeiter

* modifiziert nach: Warburton RN et al., Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged 75 in a community hospital emergency department, Int J Health Care Qual Assur 2004, 17: 339-348

Selbsthilfetätigkeit (Barthel-Index):

Essen	unabhängig benutzt Geschirr und Besteck	10
	Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden	5
	Total hilfebedürftig	0
Baden	Badet ohne Hilfe	5
	Badet mit Hilfe	0
Persönliche Pflege	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5
	Braucht Hilfe	0
Ankleiden	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10
	Hilfsbedürftig – kleidet sich mindestens zur Hälfte an	5
	Total hilfebedürftig	0
Toilettengang	Unabhängig bei Benutzung der Toilette oder Bettschüssel	10
	Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier	5
	Kann nicht auf Toilette	0
Urinkontrolle	Kontinent – oder bedient Windeln, Vorlagen, Katheter ohne Hilfe	10
	Teilweise inkontinent – braucht Hilfe beim Katheter	5
	Inkontinent	0
Stuhlkontrolle	Kontinent	10
	Kontinent mit Hilfe – oder gelegentlich inkontinent	5
	Dauernd inkontinent	0
Bett-Stuhl-Transfer	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen oder vollmobil	15
	Minimale Assistenz oder Supervision notwendig	10
	Kann aufsitzen, braucht aber Hilfe für Transfer	5
	Kann sich selbst nicht aufsetzen	0
Bewegung	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen	15
	Geht > 50 m mit geringer Hilfe	10
	Geht < 50 m mit geringer Hilfe; fährt allein Rollstuhl > 50 m	5
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	0
Treppensteigen	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10
	Braucht Hilfe oder Supervision	5
	Kann nicht Treppensteigen	0
Summe		